

Zeitschrift: Der Armenpfleger : Monatsschrift für Armenpflege und Jugendfürsorge
enthaltend die Entscheide aus dem Gebiete des Fürsorge- und
Sozialversicherungswesens

Herausgeber: Schweizerische Armenpfleger-Konferenz

Band: 57 (1960)

Heft: 3

Artikel: Die Hilfe des Laien in der Betreuung psychiatrischer Patienten

Autor: Burgener, P.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-836744>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 26.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Der Armenpfleger

MONATSSCHRIFT FÜR ARMENPFLEGE UND JUGENDFÜRSORGE
Offizielles Organ der Schweizerischen Armenpfleger-Konferenz

Mit Beilage: Eidgenössische und kantonale Entscheide
Beilage zum «Schweizerischen Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung»

Redaktion: Dr. A. ZIHLMANN, Allg. Armenpflege, Leonhardsgraben 40, BASEL

Verlag und Expedition: ART. INSTITUT ORELL FÜSSELI AG, ZÜRICH

«Der Armenpfleger» erscheint monatlich.

Jährlicher Abonnementspreis für direkte Abonnenten Fr. 12.–, für Postabonnenten Fr. 12.50

Der Nachdruck unserer Originalartikel ist nur unter Quellenangabe gestattet

57. JAHRGANG

Nr. 3

1. MÄRZ 1960

Die Hilfe des Laien in der Betreuung psychiatrischer Patienten¹

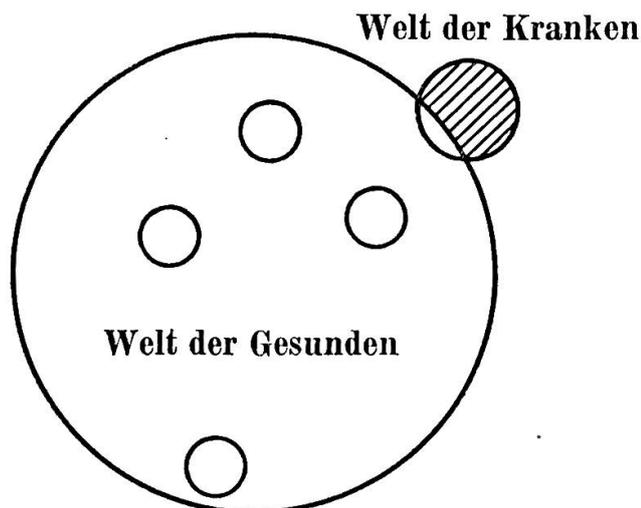
Von Dr. med. P. Burgener, Schularzt, Bern-Bümpliz

Die Hilfe des Laien in der Betreuung psychiatrischer Patienten! Lassen Sie mich vorerst erklären, wie diese Überschrift gemeint ist. Unter Laie verstehe ich, dem allgemeinen Sprachgebrauch folgend, den Nichtfachmann, den Nichtpsychiater, den Nichtpsychologen, kurz mit einem Wort, der Mann von der Straße, der von Schulpsychiatrie und Schulpsychologie im engeren Sinne wenig gehört hat und der – über diesbezügliche Kenntnisse befragt – uns wohl kurz erklären würde: «Davon verstehe ich nichts!» Diesen Menschen meine ich, ihn habe ich im Sinn, wenn ich vom Laien und seiner Hilfe in der Betreuung unserer Patienten spreche.

Nun noch ein Wort zum andern Teil der Überschrift, dem «psychiatrischen Patienten». Hier will ich eine Einschränkung für meinen Vortrag machen, indem ich lediglich von anstaltsentlassenen schizophrenen Kranken sprechen möchte, auf welche sich meine Erfahrung auch ausschließlich bezieht; von ihnen möchte ich deshalb allein reden. Gleichzeitig möchte ich beifügen, daß sich meine Erfahrung auf meine Assistentenzeit an der psychiatrischen Klinik Burghölzli, in Zürich, bezieht.

Zuerst nun ein paar Worte über den Schizophrenen als kranken Menschen. Was heißt das, schizophren sein? Lassen Sie mich das bildhaft an Hand einer schematischen Darstellung zeigen. Ich bin mir dabei bewußt, daß dieses Schema vielleicht mehr anschaulich als zutreffend ist, jedoch glaube ich, dies verantworten zu können, um so mehr als ich mir ein besseres Verständnis für das noch Auszuführende verspreche.

¹ Vortrag, gehalten im Hilfsverein für seelisch Kranke in Basel, am 6. November 1958.



Nehmen wir an, dieser Kreis hier (siehe Figur) umfasse die Welt der Gesunden, in der wir in mannigfaltiger Beziehung auf Menschen und Gegenstände, auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft abgestimmt untereinander leben. Setzen wir den Fall, daß einer unter diesen Menschen nun plötzlich an einer Schizophrenie erkrankt, so können wir uns bildlich dies so vorstellen, daß er aus der Welt dieser Gesunden, aus seinen zuverlässigen Bezügen in die Welt des Kranken, des nicht mehr Verlässlichen tritt, kurz, daß er verrückt wird, im eigentlichen Sinne des Wortes, das heißt er wird aus der Welt des Gesunden verschoben in die Welt des Kranken. Ich möchte nicht die Umstände und Ursachen dieses Geschehens erwähnen, sondern lediglich darauf hinweisen, daß ein solcher Vorgang vielfach mit einer außerordentlichen Angst verbunden ist. Der Patient hört nun auf, das Dasein wie ein gesunder Mensch als Vorrecht zu genießen, vielmehr wird er dieses als Verhängnis erleiden in seiner Aussonderung, in seinem Ausgeschlossensein aus der Welt der Gesunden. Es ist schwer zu sagen, wie der Patient diese Not erlebt. Daß sie besteht und daß sie erlitten wird, darüber kann kein Zweifel sein. Vielfach lassen sich nun jedoch in dieser noterfüllten Bedrängnis Strebungen der noch gesunden Persönlichkeit erkennen, die man als Selbstheilungstendenz bezeichnet hat. Aus zahlreichen, oft bizarren und nur schwer zu deutenden Äußerungen, kann man erfahren, daß der Patient in der nun abgewandelten schizophrenen Sprache, vielfach in Symbolen, um Hilfe ruft und seine Not verständlich machen möchte, ja mitunter direkt äußert, «allein kann ich nicht weiterkommen». Ich erinnere mich eines Patienten, der in sehr verwirrtem Zustand bei seiner Einlieferung in die Klinik erklärte, «man müsse eben das Samenkorn führen». Er wollte damit sagen, daß sein immer noch unentwickeltes Leben, zur Entfaltung dringend der Hilfe bedürfe. Ich möchte nun nicht den falschen Eindruck erwecken, als ob einerseits diese erwähnten Hilferufe, die die schizophrenen Patienten an uns ergehen lassen, stets so eindeutig und leicht verständlich wären und als ob es andererseits genügen würde, dem Patienten ein gütiges Verständnis entgegenzubringen. Die Situation ist leider viel schwieriger, und ich kann mich nicht anheischig machen, die ganze weittragende Problematik der Schizophrenie hier auch nur annähernd zu skizzieren. Aus der angeführten schematischen Darstellung und dem erwähnten Beispiel wollen Sie jedoch das eine als verbürgt entnehmen: daß der Schizophrene ein vereinsamter Mensch ist, der sich, ähnlich einem Schiffbrüchigen, in Not befindet und immer wieder um Hilfe ruft.

Verlassen wir jedoch nun die mehr theoretischen Ausführungen und sprechen wir von der Praxis, von der ja das Thema eigentlich handelt. Wir haben gesagt, daß der Patient den anderen braucht, daß er auf dessen Hilfe angewiesen ist. Wer soll dieser andere sein? Wie muß er sich verhalten? In der Anstalt selbst ist es der Arzt, die Schwester oder der Pfleger, der dem Patienten in der therapeutischen Bemühung entgegentritt. Setzen wir nun den Fall, daß der Patient in einer Heilanstalt behandelt worden ist und entlassen werden kann. — Er tritt wieder in die Welt der Gesunden. Was wird nun geschehen? Wie wird der Patient diesen Übertritt erleben? Wie wird seine Umwelt reagieren? Lassen Sie mich dies durch zwei Beispiele illustrieren: Ich erinnere mich eines Patienten, der wegen seiner Schizophrenie wiederholt in die Anstalt aufgenommen werden mußte. Während der Behandlung klangen die Anzeichen der Geisteskrankheit allmählich ab, der Patient zeigte sich im Gespräch zunehmend geordneter und zugänglicher, ja er wirkte auf den Arzt in der therapeutischen Situation annähernd normal. Dieser nun — in der Annahme, daß es dem Patienten wirklich besser gehe — schlug seinem Patienten vor, an einem Nachmittag einen Spaziergang in die Stadt zu unternehmen. Wie sehr war der Therapeut aber erstaunt, als er bereits beim Verlassen der Anstalt beobachten mußte, daß der Patient, den er in den letzten Tagen so ruhig und geordnet vorgefunden hatte, erneut absonderlich wurde, seltsame Reden führte, unmotiviert zu lachen begann, kurz ganz deutlich geisteskrank wirkte. Das Verlassen der Anstalt hatte also bereits genügt, den Patienten, der sich innerhalb der vier Wände geborgen und beschützt fühlte, erneut in Angst zu versetzen, welche sich ihrerseits in psychotischen Symptomen manifestierte. Es war kein Zweifel, daß der Patient, obgleich er innerhalb der Anstalt bereits recht gesund wirkte, bei weitem zu wenig gekräftigt war, und das Verlassen der Anstalt für ihn zu anstrengend wurde. An eine Entlassung konnte nicht gedacht werden. Derselbe Patient hat übrigens wiederholt kurz nach seinen Entlassungen Rückfälle erlitten, obgleich er in der Anstalt einen durchaus normalen Eindruck gemacht und im Hinblick auf seinen bevorstehenden Austritt sich zuversichtlich geäußert hatte. Aber seine seelische Kraft reichte eben nach der durchgemachten Krankheit nicht mehr aus, sich selbständig zu behaupten.

Anders verhielt es sich mit einer Patientin: Als Ausländerin in verschiedenen Stellen als Dienstmädchen tätig, weilte sie zusammen mit ihrer Schwester in der Schweiz. Die Schwester selbst schien sich, soweit dies aus ihren Gesprächen zu erfahren war, um die Patientin sehr zu kümmern. Erst nach langer Zeit und über Drittpersonen erfuhren wir, wie unausstehlich, ja geradezu niederträchtig sich diese Schwester der Patientin gegenüber verhalten hatte. Eifersüchtig über das gute Befinden der Patientin und über ihre verbesserte soziale Stellung, suchte sie der Patientin zu schaden, wo sie nur konnte, Ja, sie scheute sich nicht, am Arbeitsplatz der Patientin deren Kolleginnen bekanntzugeben, die Patientin «spinne» ja und sie sei bereits wiederholt in einer Heilanstalt hospitalisiert gewesen. Am Arbeitsplatz selbst fiel die Patientin durch ihr Gebaren wenig auf, versah auch ihre Arbeit ordentlich, doch hatte sie wegen ihrer Nationalität und wegen ihres zurückhaltenden Wesens viel zu leiden. Zudem geschah es dann bald einmal, daß ihr von verschiedener Seite angedeutet wurde, sie solle am besten gleich wieder in die «Spinnwinde» verschwinden. Unter dem Drucke dieser Situation wechselte sie kurz darauf den Arbeitsplatz.

Diese beiden Beispiel mögen genügen um zu zeigen, daß einerseits durch eine geschwächte seelische Verfassung oder andererseits durch eine allzu unverständige

und rücksichtslose Umgebung das Leben des anstaltsentlassenen Patienten übermäßig belastet werden kann.

Aus dieser Erkenntnis kamen wir zur Überlegung, dem Patienten einen neutralen, ihm wohlgesinnten, an seiner Not teilnehmenden Menschen zuzugesellen. Die Forderung war, daß es sich um eine reife Persönlichkeit ohne übermäßige eigene Lebensschwierigkeiten handeln sollte. Wir fanden eine Anzahl solcher Menschen durch persönliche Vermittlung, zum Teil in ehemaligen, nun verheirateten Fürsorgerinnen, die für die angedeutete Arbeit die notwendige Zeit freimachen konnten. Insgesamt waren es 7 Frauen, die 7 Patientinnen betreuten und ein Mann, der einen männlichen Patienten betreute. Die Arbeit begann damit, daß wir entlassungsfähige Patienten aussuchten, welche keine Angehörigen hatten, oder die zufolge ihrer Krankheit in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen stark gestört und vereinsamt waren. Die Patienten wurden jeweils befragt, ob es ihnen angenehm wäre, wenn sie die Bekanntschaft mit eben einer der erwähnten Personen machen würden. Es zeigte sich bald einmal, daß von seiten der Patienten allgemein ein großes Bedürfnis für solche Bekanntschaften herrschte. Diese wurden dann so eingeleitet, daß sich der Arzt, die Patienten und die Betreuerin resp. der Betreuer, meistens in einem Café trafen und es so zu einer ersten Annäherung und Besprechung kam. In der Folge verpflichtete sich der Betreuer, den entlassenen Patienten regelmäßig – die Regel betraf wöchentlich eine Stunde – zu besuchen. Es war dem Betreuer überlassen, diese Besuche selbst zu gestalten. Es wurde ihm jedoch empfohlen, Spaziergänge zu unternehmen, gelegentlich einen Film zu besuchen, ähnlich wie man ja auch sonst die Zeit mit einem Bekannten zubringen würde. Je nach dem Zustand, der Herkunft und den Neigungen des Patienten war dessen Betreuung auch sehr verschieden und dementsprechend für die Betreuerin resp. für den Betreuer mehr oder weniger anstrengend oder belastend. So haben wir zum Beispiel eine Patientin, deren Schwierigkeit sich durch nichts anderes auszeichnet als durch eine große Hemmung, mit ihrer Umgebung in Kontakt zu kommen. Ihre Ehe war zu Beginn der Betreuung in Scheidung begriffen. Die Patientin zog sich immer mehr zurück, ging allerdings regelmäßig ihrem bescheidenen Verdienst nach und führte daneben ein recht kümmerliches Dasein. Aus äußeren Umständen war ihre Betreuerin vielfach nicht abkömmlich und so lud sie die Patientin regelmäßig in der Woche an einem Nachmittag zu sich nach Hause ein, wo sie dann bis nach dem gemeinsamen Abendessen blieb. Die erwiesene Freundlichkeit lohnte die Patientin durch kleine gelegentliche Hilfeleistungen und mit der Zeit entwickelte sich eine herzliche menschliche Beziehung zur gegenseitigen Freude. Es ist kein Zweifel, daß gerade diese regelmäßigen Besuche in einer freundlichen, wohlwollenden Familie der Patientin die schwere Zeit, da ihre Ehe in Scheidung begriffen war, zu überbrücken half.

Ein Patient andererseits, der von einem ehemaligen Bekannten und Kollegen betreut wurde, konnte noch von der Anstalt aus dank dessen Bemühungen regelmäßig an den Übungen eines Blaukreuzchores, in welchem er früher mitgewirkt hatte, teilnehmen. Der Patient seinerseits dankte es ihm damit, daß er ihn gelegentlich zu einem kleinen Imbiß einlud. Im übrigen hatte er auch durch seinen Betreuer Gelegenheit gehabt, zusammen mit anderen Bekannten an kleineren, geselligen Anlässen, zum Beispiel auch an Kegelschüben teilzunehmen, von welchen er gelegentlich als Sieger zurückkehrte. Wenn man bedenkt, daß der Patient mit kleinen Unterbrüchen während Jahren in der Anstalt gewilt hatte, so kann man ermessen, welche Bereicherung an menschlichen Möglichkeiten ihm durch diese Beziehung erschlossen wurde.

Nicht weniger deutlich, ja noch eindrücklicher, zeigte sich dies bei einer Patientin im Umgang mit ihrer Betreuerin. Es handelt sich um ein Abteilungsmädchen in einem Spital, dessen Betreuerin als Lehrschwester am selben Spital tätig war. Die Patientin, wie dies gerade bei Schizophrenen so oft beobachtet wird, stellte vorerst die Betreuerin während Monaten auf eine harte Probe, um die Ernsthaftigkeit ihrer wohlmeinenden Bemühungen zu prüfen. Die Kranke selbst litt sehr unter Minderwertigkeitsgefühlen und konnte es nicht verstehen, daß jemand in selbstloser Weise es mit ihr gut meinen sollte und sie äußerte ihren Argwohn auch wiederholt der Betreuerin gegenüber. Nach Monaten war endlich dieses Mißtrauen gewichen: Eines Abends erschien die Patientin auf dem Zimmer der Schwester, welche ausgegangen war, und legte ihr ein paar Bonbons mit einem Brief auf den Tisch. Sie hinterließ der Schwester eine Notiz, daß sie gerne mit ihr geplaudert hätte, und da sie sie nicht treffen konnte, ihr nun hier einen kleinen Gruß hinterlasse. Dieselbe Patientin, die in ihrer Krankheit die heftigste Abneigung gegenüber dem Geld empfunden hatte, schenkte ihrer Betreuerin, als sie diese wegen eines Stellenwechsels verlassen mußte, Fr. 100.—. Die Krankenschwester nahm das Geschenk an, um dann ihrerseits der Patientin später auf Weihnachten ein Kleid zu kaufen.

Unvergeßlich ist mir jene andere Patientin, die im Anschluß an eine Geburt in einem schweren psychischen Erregungszustand in die Klinik eingeliefert werden mußte und die bei der Entlassung — immer noch unsicher in der Pflege ihres ersten Kindes — dann von einer jungen Mutter beraten werden konnte, mit ihr später gemeinsame Spaziergänge unternahm, während welcher ihre Kinder zusammenspielen konnten. Für die ehemalige Patientin waren diese gemeinsamen Besuche sowohl für sich wie für die Pflege ihres Kindes ein großer Gewinn, und sie war glücklich, ihre Unsicherheit allmählich überwinden zu können.

Wie bereits erwähnt, sehen die Betreuerinnen die entlassenen Patienten durchschnittlich einmal an einem Nachmittag. Der Umgang beschränkt sich dabei auf die rein menschliche Begegnung, in der Anteilnahme an den Schwierigkeiten und Nöten der ehemaligen Patienten. Von einer Therapie im engeren und eigentlichen Sinne, wie diese ja nur von einem ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden könnte, kann hier nicht die Rede sein. Auf irgendwelche — auch nur annähernd verwandte — Bestrebungen wurde von vorneherein verzichtet.

In mehr oder weniger regelmäßigen, meist vierzehntägigen Abständen kamen wir mit den Betreuerinnen zusammen und besprachen gemeinsam die im Umgang mit den entlassenen Patienten aufgetauchten Schwierigkeiten. Wir legten Wert auf allgemeine Richtlinien im Verhalten dem Patienten gegenüber. Als solche gelten: Die Haltung soll offen sein, in keiner Weise pharisäisch oder selbstgerecht. Sie soll von menschlicher Anteilnahme und nicht von sentimentalem Mitleid getragen sein. Man soll den Patienten anhören, ohne ihn mit den eigenen allfälligen Problemen oder Lebensschwierigkeiten zu belasten. Der Patient darf nicht zum interessanten Fall werden, sondern soll das bleiben, was er ist: der leidende Mitmensch. So werden von selbst Fragen, die nur Neugierde und nicht Anteilnahme verraten, unterbleiben. Des weiteren soll der Patient nicht bedrängt werden, er soll vielmehr in der Geborgenheit einer tragfähigen mitmenschlichen Beziehung Entscheidungen selbst fällen lernen.

Neben den Diskussionen, welche das Verhalten dem Patienten gegenüber betrafen, wurden die Zusammenkünfte der Betreuerinnen zum Anlaß genommen, an Hand gemeinsamer Lektüre das Verständnis für die Kranken und ihre Krankheit zu fördern. So haben wir zum Beispiel das Buch von Mme. Secheyay über ihre

Behandlung eines geisteskranken Mädchens durchgenommen. Es schien uns wichtig, gerade bei dem großen persönlichen Einsatz, der von den Betreuerinnen geleistet wurde, eine enge und gute Beziehung zwischen den einzelnen Teilnehmerinnen zu schaffen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß wir andererseits auf Gruppenzusammenkünfte der Patienten verzichtet haben.

Ich habe zu zeigen versucht, Ihnen einen Einblick in die sehr bescheidenen Anfänge unserer Bestrebungen zu geben. Die Erfahrungen, über die wir bis jetzt verfügen, sind noch recht klein, und eine Statistik aufstellen, hieße sich lächerlich machen. Immerhin glaube ich, folgendes sagen zu können: Unser Bestreben geht dahin, den in seiner Kontaktfähigkeit, in seiner zwischenmenschlichen Beziehung gestörten, aus der Anstalt austretenden Schizophrenen in seiner Vereinsamung aufzusuchen und ihm als Mensch und Mitmensch zu begegnen. Dort, wo sich dies ereignet, wird immer etwas geschehen und Gestalt annehmen, um dessentwillen es sich zu leben lohnt.

Sollte diese menschliche Begegnung nun eine eigentliche therapeutische Möglichkeit sein, die zusammen mit anderen konkurrieren kann? Ich glaube nicht. Dies annehmen, hieße in kurzsichtiger Weise die eingangs erwähnte Problematik der Schizophrenie vollständig verkennen. Der Patient, der einer individuellen Therapie bedarf, wird ihrer trotzdem bedürfen; der Patient, der während dieser Betreuung einen Rückfall erleidet, wird trotzdem zur klinischen Behandlung in die Anstalt eingeliefert werden müssen.

Das, was wir meinen und wollen, ist die menschliche Seite der ganzen Problematik, welche die Schizophrenie aufwirft, mit unsern Mitteln menschlicher zu gestalten; daß die Situation, welche der Dichter in die Worte faßt:

«Denn die einen stehen im Dunkeln,
Und die anderen stehen im Licht,
Und man sieht nur die im Lichte,
Die im Dunkeln sieht man nicht.»

humaner werde.

Ohne einen eigentlichen therapeutischen Anspruch zu erheben, möchten wir doch helfen – und sei es vielleicht auch nur dies: daß auch die im Dunkeln gesehen werden.

Epilepsie

Die Epilepsie ist eine besondere Krankheit des Gehirns, bei welcher Hirnzellen nicht normal arbeiten. Man unterscheidet verschiedene Formen und Ursachen. Eine gewisse Erblichkeit liegt vor. Das Elektroenzephalogramm erleichtert eine zuverlässige Diagnose. Bei fachärztlicher Behandlung können heute 60–70% der Epileptiker soweit geheilt werden, daß ihr Lebensablauf durch das Leiden nicht behindert ist.

Der Fürsorger weiß, daß Epileptiker eine ungünstige Charakterentwicklung durchmachen und dann als verlogen und haltlos, liederlich und arbeitsscheu gelten. Sie sind zeitweilig verstimmt, reizbar, streitsüchtig oder werden gar tötlich. Wer sich für die Fragen eingehender interessiert, sei verwiesen auf die Zeitschrift *«Pro Infirmis»*, Heft Nr. 5 vom November 1959, Seite 141 ff. mit den Aufsätzen von Dr. med. R. Schweingruber, Chefarzt der Anstalt Bethesda in Tschugg BE und Dr. med. H. Landolt, Chefarzt der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in